

CONPES SOCIAL 147/2012

Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local



DEFINICIONES
TEÓRICAS,
POLÍTICAS Y
PROGRAMÁTICAS

CONPES SOCIAL 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local

Definiciones teóricas, políticas y programáticas

Ministerio de Salud y Protección Social - MinSalud

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor Dirección de Promoción y Prevención

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional especializada, salud sexual y reproductiva adolescentes

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y reproductiva

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o virtual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

Equipo técnico Convenio de cooperación 036 de 2012 MSPS/UNFPA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor de Promoción y Prevención,
Ministerio de Salud y Protección Social

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y reproductiva,
UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional especializada, líder de la línea de salud sexual y reproductiva adolescentes, MinSalud

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ
Consultora técnica de la línea de salud sexual y reproductiva adolescentes,
Convenio 036

CLAUDIA LILY RODRÍGUEZ NEIRA
Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo y Evaluación,
Convenio 036

Equipo de trabajo Corporación Síntesis

NELSON SÁNCHEZ
Coordinador General

DISNEY BARRAGÁN CORDERO
Coordinadora Área de Educación

ROSARIO BONILLA MÁRQUEZ
Coordinadora proyecto

MAURICIO POLANCO VALENZUELA,
JINNETH HERNÁNDEZ TORRES,
KAREEN VEGA CORDERO,
JESÚS DAVID QUINTERO RODRÍGUEZ
Investigadores

Comité editorial Convenio de cooperación 036 de 2012 MinSalud - UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en salud sexual y reproductiva,
UNFPA

DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ
Profesional especializada, líder de la línea de salud sexual y reproductiva adolescentes, MinSalud

NAYIBE LISET RIVERA RAMÍREZ
Consultora técnica de la línea de salud sexual y reproductiva adolescentes,
Convenio 036

LUZ YAMILETH ORTIZ RAMÍREZ
Consultora de Gestión del Conocimiento, Monitoreo y Evaluación, Convenio 036

GEMA GRANADOS HIDALGO
Asesora de Comunicaciones, UNFPA

ANGÉLICA OLIS DEVIA
Asistente administrativa, Convenio 036

ISBN: 978 958 8735 80 1

“CONPES social 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Definiciones teóricas, políticas y programáticas”
© Ministerio de Salud y Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Corrección de estilo: Nadeyda Suárez M.
Diseño y diagramación: Bibiana Moreno A.
Impresión:
Año: 2014
Ciudad: Bogotá

Tabla de contenido

	Presentación	5
1	Marco de conceptos: hacia un lenguaje común para los sectores	7
	1.1. Adolescencia en Colombia: ¿Quiénes son los y las adolescentes? ¿Qué les caracteriza?	8
	1.2. Situación del embarazo en la adolescencia: ¿Por qué nos preocupa y nos ocupa a los sectores?	12
	1.3. Enfoques para la comprensión integral del embarazo en la adolescencia: una perspectiva actual	14
	Enfoque de Derechos	14
	Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos	15
	Desarrollo humano y proyecto de vida	17
	Determinantes sociales del embarazo en la adolescencia	19
	Diferencial	21
	Género	23
2	La intersectorialidad: sueños, realidades y desafíos	26
	2.1. El abordaje intersectorial: definiciones y sentido	29
	2.2. Viabilidad técnica y política	30
	2.3. Maneras de entender y aplicar la intersectorialidad: coordinación, articulación e integración	32
	2.4. Aspectos a tener en cuenta: actores, escenarios y niveles	34
3	El accionar intersectorial: una respuesta a los determinantes sociales del embarazo en la adolescencia	37
	Salud	39
	Educación	42
	Reducción de la pobreza	45
	Participación y movilización social	47
	Protección, justicia y Ministerio Público	48
	Cultura, comunicaciones, otros organismos	49
	Bibliografía	51

Presentación

Uno de los mayores retos que tiene el país en materia de prevención del embarazo en la adolescencia, es el que está contenido en el Documento CONPES Social 147 de 2012: “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”¹. Su operación implica un alto grado de coordinación y articulación entre los distintos sectores de gobierno, la sociedad civil y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y representa un gran desafío para el desarrollo de las políticas y programas que atienden a la población adolescente y joven desde un abordaje integral.

En ese sentido es necesario partir de lo señalado en el documento en mención, en lo que se refiere directamente a la importancia de trabajar alrededor del fortalecimiento de la intersectorialidad: “Los lineamientos parten de reconocer los logros y dificultades identificadas en términos de articulación y efectividad de las acciones que realizan las diferentes entidades relacionadas con el tema, y la importancia de su continuidad o transformación”. Y agrega además lo siguiente: “El desarrollo institucional presenta diferentes grados de avance según el sector, y en general, si bien se destacan algunos esfuerzos de articulación, cada entidad gubernamental desarrolla proyectos o programas desde el ámbito de sus competencias, que si bien inciden en el tema de embarazo en la adolescencia, algunas veces resultan en acciones dispersas sin una utilización eficiente de recursos”.

De esa manera la **intersectorialidad** se plantea como uno de los ejes de intervención ya que: “...para el desarrollo de la estrategia, responde a la complejidad del embarazo en la adolescencia y al impacto limitado de las acciones realizadas de forma sectorial. Por lo tanto, se requiere de un trabajo articulado que permita incidir y abordar los determinantes desde distintos frentes: Es decir, cada sector desde el ámbito de sus competencias pero con un mismo objetivo. Esto requiere de escenarios compartidos para la planeación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de las iniciativas que se construyan para prevenir el embarazo en la adolescencia”.

¹ Documento CONPES Social 147: “Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”, Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, D.C., enero 31 de 2012..

Lo anterior nos conduce a la necesidad cada día más sentida, de contar con elementos sólidos, criterios claros y rutas unificadas para la coordinación intersectorial en el contexto de la Salud Sexual y Reproductiva, tal como lo indica el Decreto 2968 que crea la Comisión Nacional Intersectorial para la garantía y promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), incluida la prevención del embarazo adolescente, de la que se ocupa el CONPES Social 147.

El documento que se presenta a continuación contiene aquellos aspectos que hoy sustentan y orientan el accionar intersectorial en el país. Incluye las definiciones teóricas, políticas y programáticas al respecto. Eso no significa que con ello se agote la reflexión. Por el contrario, se presenta como invitación a la discusión conceptual de los enfoques – esbozados y más adelante profundizados en los demás textos que hacen parte de este material, y en otros que se produzcan en el marco de la implementación del CONPES Social 147. Es además una excusa para ir avanzando en la consolidación y apropiación técnica y práctica de los mismos.

Este texto se encuentra dividido en tres partes: la primera, hace referencia al marco de aquellos consensos conceptuales a los que deberían llegar los diferentes actores y sectores para garantizar una cierta unidad en el lenguaje empleado por cada uno de los sectores relacionados con el embarazo en adolescentes. La segunda, describe de manera general los elementos que constituyen la intersectorialidad y los aspectos que han de tenerse en cuenta para que sea viable; y, la tercera, refiere las principales estrategias y programas del accionar actual de los sectores, para intentar dar respuesta a los determinantes sociales del embarazo en adolescentes. Por último, se señalan algunas recomendaciones recogidas de las experiencias desarrolladas hasta el momento, a manera de lecciones aprendidas y buenas prácticas.

Capítulo 1

Marco de conceptos: Hacia un lenguaje común para los sectores



“Pues a pesar de no tener la mayoría de edad, yo ya respondo por mis actos y pues ahora casi nunca se presenta eso de me da permiso, sino que yo voy y vengo cuando quiero, en cambio la mujer: si mi mamá me deja o mi mamá me da permiso...”
(Adolescente varón, 2009)

1.1. Adolescencia en Colombia: ¿Quiénes son los y las adolescentes? ¿Qué les caracteriza?

Responder a dichos interrogantes no es una tarea fácil, más aún cuando la aceptación de la importancia de la adolescencia es un hecho relativamente reciente. De ahí que definirla con precisión podría ser problemático por diversas razones, una de las cuales es que la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de vida. Incluso, para las diferentes sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso.

En nuestro país suele ocurrir lo mismo. Por tal razón no podría hacerse referencia a un único/a adolescente, sino a adolescentes, lo que significa que los sectores deben realizar un ejercicio particular para poder enfocarle, sin perder de vista la integralidad del concepto.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social (2012), durante la etapa de la adolescencia se consolida la identidad del sujeto como ser social e individual y se desarrolla su capacidad de analizar, escoger e imponer un nuevo orden que lo represente y proyecte. Esta condición genera tensiones para el sujeto mismo y para los demás. Allí se da lugar a la materialización de cambios físicos, psicológicos e intelectuales que deben ser objeto de las políticas públicas para que puedan convertirse en oportunidades aprovechables para el desarrollo humano y social.

La adolescencia cuenta con un inicio más o menos evidente fijado por la maduración sexual del cuerpo y un final un poco más borroso y discutible que se establece a partir de la configuración definitiva de la personalidad adulta: la maduración psicosocial, delimitada a grandes rasgos por algunos atributos estables como una identidad sexual definida, una autonomía personal en el terreno de los valores y las preferencias, y la asunción de ciertas responsabilidades vinculadas con la reproducción material y la

eventual reproducción biológica. Esos factores cambian con la cultura y la historia, y no se encuentran presentes ni en todos los tiempos, ni en todas las formaciones socioculturales (Unicef, 2011).

En otros contextos², la adolescencia es considerada como una institución social que se caracteriza por ser un período de transición crítico, es decir, como una fase temporal de características propias –signada básicamente por la desorientación y la búsqueda–, en el desarrollo de las personas. En nuestras sociedades resulta conflictiva y problemática en la medida en que la y el adolescente discute el lugar heredado, contrasta con la autoridad familiar o institucional aceptada hasta ese momento como natural, advierte importantes cambios en su cuerpo y su sexualidad y se encuentra desplazado respecto del sistema de coordenadas imaginarias a través del cual se orientaba en la niñez.

Podría decirse que estas características definen el modelo conceptual con el que se identifica a los y las adolescentes; transición cuyos extremos, aunque no puedan ser exactamente fijados siguiendo segmentos de edad, son relativamente estables y compartidos (Erikson (1974 y 1987); Bloss (1973); Aberastury (1971); y Dolto (1992), entre otros).

Por otro lado, a pesar de estos cambios en la definición de los límites, se sigue manteniendo la idea de que adolescencia es sinónimo de crisis. En dicho proceso los y las adolescentes forjan cosmovisiones y valoraciones, poniendo en cuestión su validez y su poder de obligar. Mientras transcurre la crisis, los adolescentes construyen también espacios “propios” en busca de una mayor independencia respecto de la mirada de sus mayores, rearticulando mecanismos de identificación a través de los cuales se reconocen. Y es justamente en este momento, en que se suma el grupo de pares, fundamental para las identidades adolescentes.

De este modo, los y las adolescentes van pasando de la dependencia familiar, en términos de valores, gustos y preferencias, a una autonomía personal más amplia. A su vez, a través de los grupos se abren a la experiencia social antes acotada a la familia. Esto suele expresarse muchas veces, en crisis personales, familiares y conflictividad en las instituciones escolares.

2 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef. *Proponer y Dialogar 2. Temas jóvenes para la reflexión y el debate*. Buenos Aires, 2005.

Otro elemento que les caracteriza tiene que ver con la comunicación, su manera de acceder y usar las tecnologías y la información; mundos y redes llenos de significación en los que se socializan y viven. En este contexto, los medios masivos de comunicación y las nuevas tecnologías son los principales agentes de la socialización que se suman a los tradicionales como la familia, la escuela o el trabajo, los cuales plantean una tenaz batalla con su lógica “encantadora” de objetos seductores, de celebridades exitosas y de consumo permanente. Sin embargo, hay que considerar que esto depende en gran parte del contexto en el que se encuentren, puesto que hay lugares —principalmente los rurales dispersos—, donde las nuevas tecnologías de información y comunicación (redes sociales, chats, internet), no llegan de igual manera y su acceso se hace a veces restringido.

Hablamos entonces de una etapa adolescente rica en matices y contradicciones, oportunidades y retos a la vez. Así que es mucho lo que se puede hacer desde la intersectorialidad e interinstitucionalidad para la prevención del embarazo en la adolescencia. Mecanismos como la coordinación, la participación activa y la organización, se convierten en instrumentos válidos de comunicación y sensibilización.

La adolescencia en cifras:

Para saber más



Mientras que en Colombia el Código de la Infancia y la Adolescencia —Ley 1098 de 2006—, define que: “se entiende por niño o niña a las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente a las personas entre 12 y 18 años de edad”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, con dos fases incluidas: la adolescencia temprana o pre adolescencia (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

Como se señalaba anteriormente, existe cierta dificultad para unificar estos límites de edad; sin embargo, lo verdaderamente importante es saber que se trata de una etapa fundamental del ciclo vital, con características y dinámicas propias, en la que incide de manera evidente el contexto en el que se desarrolle. En eso sí hay mayores coincidencias, así se trate de concepciones o miradas distintas.

En términos estadísticos, Colombia cuenta con 5.280.618 adolescentes (proyección del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE para 2012), de los cuales el 42% se concentran en Bogotá y en los departamentos de Antioquia, Valle

del Cauca y Cundinamarca. Desagregados por sexo, según el Censo DANE 2005, el 48,9% de los adolescentes son mujeres (2.581.143) y el 51,1% hombres (2.699.075), lo que constituye el 11,34% de la población total colombiana.

De acuerdo con la información básica por etnias y sexo según departamento, municipio, clase y edad del DANE, de los 1.392.623 indígenas del país, 163.842 son personas entre los 10 a 14 años de edad, de los cuales 83.770 son hombres y 80.072 mujeres. Y 140.295 son indígenas de 15 a 19 años; de los cuales 70.822 son hombres y 69.473 mujeres.

Del total de la población Rom o gitana del país, 4.857 habitantes, 403 personas están en el rango de los 10 a 14 años, siendo 202 hombres y 201 mujeres; y 398 entre los 15 a 19 años, siendo 197 hombres y 201 mujeres.

La población total afro en Colombia es de 4.311.757, de la cual 480.985 son personas entre los 10 a 14 años, siendo 246.449 hombres y 234.536 mujeres; y 440.491 personas entre los 15 a los 19 años, de los cuales 222.820 son hombres y 217.671 son mujeres (DANE, Censo 2005).³

Tabla 1. Población adolescente en Colombia

Actores	Intencionalidad política	
Población total en Colombia	47.121.089	
Población total adolescente	5.280.618 (11,34%)	
Mayor concentración	Antioquia, Valle del Cauca y Cundinamarca.	
Por sexo	Hombres	2.699.075 (48,9%)
	Mujeres	2.581.143 (51,1%)
Población total indígena	1.392.623	
Población indígena entre 10-19 años	304.137	
Población indígena por sexo	Hombres	154.592
	Mujeres	149.545
Población total Rom	4.857	
Población Rom entre 10-19 años	801	
Población Rom por sexo	Hombres	399
	Mujeres	402
Población total afro	4.311.757	
Población afro entre 10-19 años	921.476	
Población afro por sexo	Hombres	469.269
	Mujeres	452.207

Fuente: Proyección DANE 2012.

³ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. Adaptación del Informe a la Ciudadanía. Optando por la Paz y la Prosperidad Social. Bogotá, D.C. 2012.

Los datos anteriormente señalados nos dan una idea clara de cuántos, quiénes y dónde están los y las adolescentes en Colombia. El panorama es complejo, por tanto amerita una mirada amplia por parte de los sectores e instituciones públicas y privadas del orden nacional y territorial, máxime cuando se pretende incidir sobre una de las problemáticas que más les afecta: el embarazo en la adolescencia.

Éstas y las demás consideraciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar y actuar sobre ellos y ellas; y fundamentan aún más el reto del accionar intersectorial en los niveles nacional, territorial o local.

1.2. Situación del embarazo en la adolescencia: ¿Por qué nos preocupa y nos ocupa a los sectores?

El documento CONPES Social 147, basado en los reportes que entrega la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS - Profamilia, 2010) y en otras fuentes del orden nacional, presenta un panorama respecto a la evolución que ha tenido el embarazo en adolescentes durante las últimas décadas. Pues resulta de la mayor importancia para los sectores contar con un marco general que canalice la multiplicidad de información que se produce y circula de manera permanente y que facilite a la vez, la toma de decisiones lo más cercana posible a la realidad de esta etapa del ciclo vital del ser humano.

Eso no significa un desconocimiento de los mecanismos, fuentes e información obtenida por cada uno de estos sectores de manera independiente y por sus propios medios. Por el contrario, es quehacer de cada sector, por su competencia, retomar y analizar dicha información a la luz de sus actuaciones. El embarazo adolescente es un problema que enfrenta el país en general, de allí que preocupa al conjunto de actores sociales y le obliga a tomar las medidas necesarias.

Los datos más recientes que dan cuenta de la situación del embarazo en la adolescencia, su relación con otros indicadores de salud sexual y reproductiva, y los determinantes sociales, toman como fuente primaria la ENDS – 2010, descritos de manera sintética en la “Guía temática en salud sexual y reproductiva para periodistas y comunicadores” (Profamilia, 2012): fecundidad, embarazo adolescente, edad fértil, nacimientos deseados, deseo de ser madre, primera relación sexual, acceso a la salud,

relaciones sexuales, edad del primer hijo, madres en el trabajo, violencias basadas en género, tipo de educación sexual, embarazos no deseados, aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo, anticoncepción, uso del condón, transmisión del VIH e ITS, situación de pobreza, por mencionar algunos. Allí se pueden encontrar las diversas relaciones y porcentajes de interés para el tema de la SSR en adolescentes y jóvenes.

Otros estudios recientes⁴ señalan que la maternidad y el embarazo en la adolescencia se asocian a consecuencias negativas de corto y largo plazo para las adolescentes y sus hijos en cuanto a estado de salud, formación de uniones estables, acumulación de capital humano y oportunidades en el mercado laboral, que llevan a perpetuar condiciones de pobreza y desigualdad. En este sentido Gaviria (2000); Barrera e Higuera (2004); Flórez et ál. (2004), han subrayado también como consecuencias negativas sobre la madre adolescente: el menor nivel de escolaridad, la probabilidad menor en 19% de participar en el mercado laboral, el mayor número de hijos, y también una mayor probabilidad de casarse más de una vez (Núñez y Cuesta, 2006).

El estudio confirma que lo más preocupante es que para el abordaje de estos efectos se han impulsado diversas estrategias por parte de las instancias que tienen competencias en la solución del problema para reducir la proporción de adolescentes madres o embarazadas en el país y sin embargo, su variación ha sido mínima. Lo anterior demostraría que dichas intervenciones han sido poco o en nada exitosas. Aunque Flórez y Soto (2008) señalan que no existen estudios que muestren el efecto de las líneas de acción orientadas a la población más joven en el marco de una política de salud sexual y reproductiva, concluyen que tras más de una década de intervenciones, determinar su efecto resulta crucial para establecer las fortalezas de la política o, si es necesario, reformular la estrategia.

Los determinantes sociales del embarazo en la adolescencia, a explicarse más adelante, así como lo señalado en los estudios referenciados —además de otros datos y citas que se abordan en los demás productos del CONPES Social 147—, facilitarán la comprensión del fenómeno en su totalidad y complejidad, lo que motiva aún más su mirada integradora e intersectorial.

4 Galindo P. C. (2012). “Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas”. *Revista Desarrollo y sociedad* 69, 133-186.

1.3. Enfoques para la comprensión integral del embarazo en la adolescencia: una perspectiva actual

Enfoque de Derechos

El marco desde el que se justifican y desarrollan las acciones institucionales e intersectoriales previstas en el CONPES Social 147, así como los demás enfoques (de derechos humanos sexuales y reproductivos, de desarrollo humano y proyecto de vida, de determinantes sociales, diferencial, de género, de ciclo vital, entre otros), es el *enfoque de derechos*.

A partir de éste, se genera un cambio radical en la concepción tradicional de la atención a todas las personas y poblaciones. El enfoque de derechos reconoce que todas las personas, independientemente de su género, edad, cultura, sexo, etnia, nacionalidad o cualquier otra condición, son titulares de toda la gama de derechos humanos.

Así mismo, plantea que el Estado Colombiano en tanto Estado social de derechos, y la sociedad en general, deben garantizar los espacios, las oportunidades y las condiciones necesarias para que todas las personas desarrollen sus capacidades y potencialidades y hagan uso pleno de sus derechos como ciudadanos/as.

Tomando en consideración que los derechos son universales, inviolables, intransferibles, irrenunciables, interdependientes e integrales y no prescriben nunca, el enfoque de derechos se traduce en colocar a la persona y sus necesidades

en el centro de las acciones de manera que se le garantice el derecho a la vida, a la seguridad, a la protección, a la confidencialidad, a la atención de calidad, entre otros.

El “interés superior” como principio se entiende como el análisis individual y casuístico de la situación y contexto particular de cada niño, niña o adolescente. De esta manera en la observación de cada caso, el interés superior puede traducirse en una decisión diferente, en cuya determinación se toman en cuenta las circunstancias que le rodean, las características y el momento del ciclo vital de la persona menor de edad involucrada, entre otras cosas.⁵

Como los derechos sexuales y reproductivos hacen parte de los derechos humanos y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad, tal como será ampliado en los párrafos siguientes, su marco será la base para fundamentar el trabajo con los y las adolescentes y la prevención del embarazo en esta etapa de la vida.

5 Organización Internacional para las Migraciones OIM. Guía de intervención psicosocial para la asistencia directa con personas víctimas de trata. México, 2007.

Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos

La adopción de un enfoque basado en los derechos humanos es fundamental para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La mayor parte de los países en la Región han firmado la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la Convención de los Derechos de los Niños, así mismo han adoptado instrumentos del Sistema Interamericano para la Protección de los Derechos Humanos: Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), entre otros.

En dicho sentido, es necesario promover iniciativas para mejorar el conocimiento básico y garantía de los derechos humanos con objeto de familiarizar a todos los responsables y representantes de los sectores, instituciones y a la sociedad civil con las diferentes convenciones y protocolos, su relevancia para la salud (particularmente los ODM 3, 4, 5 y 6), las normas, los mecanismos de rendición de cuentas y los de notificación de los incumplimientos.

Esto es perfectamente coincidente con el discurso acerca de los derechos reproductivos, el cual desde inicios de los años 90, claramente destaca los vínculos que existen entre la salud de

las mujeres y los derechos humanos específicos que se encuentran en las declaraciones, convenios internacionales, y convenciones.⁶ Aspecto que a su vez se relaciona íntimamente con el desarrollo humano en todos los sentidos.

La garantía de los derechos humanos es inherente al desarrollo humano. La mirada del desarrollo desde los derechos aporta un importante punto de vista a las políticas para abordar lo público e incidir en el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas. Proporciona nuevos significados a las relaciones sociales y a las problemáticas que surgen en la dinámica social, y aporta un marco de referencia a la comprensión de las relaciones del Estado con la sociedad, más allá del reconocimiento de las carencias y necesidades insatisfechas de la población.

Por tal motivo, las estrategias de desarrollo (políticas, planes, programas, proyectos) que adoptan esta perspectiva deben enfocarse en la generación de capacidades y poder en las personas y sus organizaciones para agenciar y exigir sus derechos; y, capacidad en los titulares de obligaciones para garantizarlos.

En consecuencia, este punto de vista plantea una plataforma desde la cual los Estados generan mecanismos de responsabilidad u obligación estatal y ciudadana, tendientes a la garantía de la igualdad y a la no discriminación, a la participación y el otorgamiento de poder a los

6 Organización Panamericana de la Salud. *La Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes: Oportunidades, enfoques y opciones*. Washington, D.C., 2008.

sectores postergados y excluidos; así como las obligaciones de los Estados frente a los principales derechos humanos involucrados en una estrategia de desarrollo, tanto económicos, sociales y culturales como civiles y políticos.⁷

En este contexto se parte de la definición brindada en el Informe de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994) – III CIPD: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

Sobre la base de esta definición, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso.

Según lo anterior, se entiende que los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) se refieren a los Derechos Humanos aplicados a la vida sexual y reproductiva de todas las personas. En ese sentido, los DSR buscan el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable, satisfactorio y sin ningún tipo de violencia de la sexualidad y la reproducción de todas las personas sin importar su edad, sexo, etnia, condición social o económica. Estos derechos garantizan la libre decisión de los hombres, mujeres y jóvenes sobre la manera como ejercen la sexualidad y deciden sobre su reproducción.

El pleno reconocimiento y ejercicio de los DSR permite un verdadero ejercicio de ciudadanía, entendida esta, entre otros elementos, como la posibilidad de tomar decisiones libres sobre el propio cuerpo y sobre aquellos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Al caracterizar la adolescencia, pudimos apreciar cuáles son los derechos más vulnerados y a cuáles habría que prestar mayor atención. Es deber del Estado y de sus instituciones promover, dar a conocer y facilitar la apropiación de los DSR de hombres, mujeres, jóvenes, niños y niñas. Para ello, se basa en un enfoque dirigido al reconocimiento de los seres humanos como sujetos de derechos, y a la sociedad y al Estado con sus instituciones, como garantes de los mismos.⁸

7 Alcaldía Mayor de Bogotá - Universidad Nacional de Colombia - IEPRI. (2012) Informe final convenio interadministrativo. *Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de Bogotá 2012 - 2022*. Bogotá, D.C., 2012. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/Políticas%20en%20Formulación/POLÍTICA%20DISTRITAL%20DE%20SEXUALIDAD.pdf> el 12 marzo de 2013.

8 Polanco, M. *Hacia la construcción de un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en los ámbitos regional y local*. MPS-UNFPA. Bogotá, 2011.

Desarrollo humano y proyecto de vida

Dos categorías que facilitan la comprensión y el análisis del embarazo en la adolescencia son el desarrollo humano y el proyecto de vida.

El concepto de desarrollo humano tiene sus orígenes alrededor de la década del 90 como un método general para establecer distintos niveles de bienestar humano, en todos los aspectos de la vida. Su énfasis está en poner las necesidades, aspiraciones y capacidades de la persona en el centro del esfuerzo del desarrollo.

A comienzos del siglo XXI, el desarrollo humano es considerado como un concepto fundamental e inclusivo, como un término-clave que expresa de manera idónea un complejo conjunto de cuestiones, dimensiones, prioridades, necesidades y fines relacionados con la lucha por una vida mejor.

Existen sin duda una serie de características que median a la hora de tratar de definir qué se entiende hoy por desarrollo humano, y que derivan en cuatro consideraciones importantes:⁹

- **Se centra** directamente en el progreso de la vida y el bienestar humano;
- **Se vincula** con el fortalecimiento de determinadas capacidades relacionadas con toda la gama de elementos que una persona puede ser y hacer en su vida;
- Tiene que ver con la **libertad de poder vivir** como nos gustaría hacerlo.

- Está asociado a la **posibilidad de que todos** los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo.

El desarrollo humano es un concepto holístico dado que abarca múltiples dimensiones, en el entendido de que es el resultado de un proceso complejo que incorpora factores sociales, económicos, demográficos, políticos, ambientales y culturales, y donde participan de manera activa y comprometida los actores sociales.

El centro de todo desarrollo humano debe ser el ser humano y, básicamente, la ampliación y potenciación de sus capacidades. En ese marco, se asume que las sociedades deben promover la expansión de las libertades efectivas que permiten a las personas alcanzar las metas que consideran valiosas, una de las cuales, puede ser el logro del bienestar subjetivo que se alcanza a su vez a través de la construcción de capacidades que permitan a las personas ser agentes de sus propias vidas.¹⁰

Las capacidades son recursos sociales que contribuyen al desarrollo; socialmente construidas, pero individualmente apropiadas. Estas capacidades se refieren a ámbitos tradicionalmente atendidos por la política pública

9 Molerio, O. y otros. (2007) "Aprendizaje y desarrollo humano". *Revista Iberoamericana de Educación* 44, 3-25.

10 Zilveij, M., Orchard, M. y von Boories, R. "Desarrollo humano y agencia: la centralidad del proyecto de vida". *Revista Humanum*. Recuperado de: <http://www.revistahumanum.org/revista/desarrollo-humano-y-agencia-la-centralidad-del-proyecto-de-vida> Parte de los resultados del Informe sobre Desarrollo Humano en Chile 2012, *Bienestar Subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*.

—por ejemplo, salud y cobertura de necesidades básicas—, como también a otros ámbitos mucho menos priorizados —como fortalecer vínculos significativos y/o tener un proyecto de vida.

En términos muy generales, la construcción de un **proyecto de vida** consiste en un proceso permanente de elaboración, que supone la capacidad para formular metas en forma autónoma y llevar a cabo planes de vida, acordes con los objetivos y opciones que las personas consideran valiosas. Requiere libertad práctica para enfrentar con éxito el surgimiento de eventos y acontecimientos inesperados, libertad moral para decidir por sí mismo el tipo de vida que se desea alcanzar y un horizonte de largo plazo en el cual inscribir la propia biografía.

Sin embargo, la capacidad para elaborar un proyecto de vida es desigual en el contexto colombiano. En ello inciden varios factores que afectan directamente la capacidad para construirlo, especialmente para la población adolescente: la confianza en el futuro, el sentido vital, la percepción de control sobre el propio futuro y la orientación temporal, entre otros.

De igual manera, la posibilidad de formular y realizar un proyecto de vida no solo resulta afectada por lo anterior sino también —aquí intervienen las instituciones—, por el marco de recursos y escenarios sociales con que cuentan las personas: el capital educativo, acceso y permanencia; las oportunidades para integrarse al mercado laboral; el nivel socioeconómico; el nivel de ingresos mensuales con que cuentan los hogares; la oferta y calidad de servicios de salud, educación, cultura y recreativos, entre otros.

Los actores sociales e institucionales que forman parte del CONPES Social 147 consideran esta interdependencia y pretenden generar articuladamente abordajes integrales, orientados a la construcción de seguridades básicas y a la protección de sus derechos, que permitan mirar con confianza el futuro. El y la adolescente requiere de estas seguridades y sentir que se cumplen sus derechos. Eso implica asumir que los proyectos de vida representan también un parámetro para incidir sobre los determinantes sociales y para medir el grado de coordinación de la acción pública y de la gestión social.

Determinantes sociales del embarazo en la adolescencia

Para entender y abordar integralmente el embarazo en la adolescencia, se requiere tener una visión amplia sobre la multiplicidad y multidimensionalidad de variables que inciden de manera significativa en esta etapa de la vida. Al identificar la evolución que ha tenido el embarazo en la adolescencia en las últimas décadas y revisar la cifras que lo soportan, se pueden evidenciar los determinantes sociales.

Los determinantes sociales de la salud y sus enfoques, se nutren de distintas corrientes filosóficas e ideológicas. A estos se les define como: las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, o como lo señala Tarlov (1996), **“son características sociales dentro de las cuales tiene lugar la vida”**.¹¹ O como **“aquellas condiciones en las que viven y trabajan las personas”** lo que significa considerar más allá de factores de orden biológico, aquellos de naturaleza económica, social, cultural o política, que inciden en el desarrollo humano.

El análisis da prioridad a los determinantes proximales o intermedios; entendidos como —“circunstancias materiales de vida y trabajo, circunstancias psicosociales, conductas/estilos de vida y/o factores biológicos”—; que incluyen el sistema de salud y el capital social en su sentido más amplio, al involucrar la confianza, la asociatividad, la cultura y los valores, entre otros. Así mismo, parte de conceptos más críticos, en tanto jerarquiza los determinantes en estructurales o distales. Estos se consideran

como aquellos que influyen en distintos niveles de la organización social; se refieren al contexto socioeconómico y político, a la posición socioeconómica, al poder y la jerarquía social, influidos a su vez por el contexto sociopolítico, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas; así como la cultura y los valores sociales.

En la concepción de determinantes estructurales, se entiende que el nivel educativo depende e influye en el tipo de ocupación y esta a su vez en el ingreso, educación, entre otros; además, que en ellos se ubican las relaciones de género e interculturalidad. Tales determinantes son los que producen las inequidades en salud. Su foco de intervención se da en los niveles de distribución de los determinantes estructurales, o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios; es decir, la jerarquía o posición social (Solar O; Irwin A. 2007: 10).

Que los sectores e instancias de gobierno y no gubernamentales se centren en dichos determinantes, permite ampliar la comprensión sobre la raíz del problema del embarazo en la adolescencia y por tanto, aumentar las inversiones en los servicios y programas de salud sexual y reproductiva, con la meta final de lograr cobertura y derechos universales.¹²

11 Alvin Tarlov, “Social determinants of health: the sociobiological translation”. In: Blane D. 1996.

12 Orielle Solar & Alec Irwin. A first draft Cairo meeting of the Commission on Social Determinants of Health. Department of Equity, Poverty and Social Determinants of Health, Evidence and Information for Policy Cluster. 2007. WHO. Geneva.

Galindo (2012), citando a su vez a Flórez y Soto (2008), realiza un análisis descriptivo de la tendencia de la fecundidad adolescente en Colombia desagregando por quintil de riqueza, y centrándose específicamente en la condición de pobreza.

Como determinantes de los diferenciales señalan los niveles de educación, edad de la primera relación sexual, acceso a los métodos de planificación familiar, desconocimiento del período fértil y deseo del embarazo.

A su vez, afirman que aunque el conocimiento acerca de métodos anticonceptivos se puede generalizar a casi la totalidad de la población adolescente, aún existen fallas en cuanto al uso apropiado y agregan que los cambios sociales y el contexto familiar también son predictores importantes de la probabilidad de tener relaciones y quedar en embarazo en la adolescencia. Las cifras reportadas en la ENDS 2010, así lo ratifican.

Flórez y Soto (2008) afirman que uno de los determinantes del aumento de las relaciones sexuales es su aceptación como un evento normal antes de las uniones tempranas, porque como lo expresan madres y adolescentes, “los tiempos han cambiado” y es poco probable que los jóvenes no las tengan.

Flórez et al. (2004) subrayan que el contexto familiar es también un determinante central de la tendencia de la fecundidad adolescente. La violencia intrafamiliar, el nivel de comunicación y la severidad de la supervisión familiar tienen un efecto significativo sobre la proporción de eventos reproductivos que presentan las adolescentes.

A ello se agrega que la adolescencia es un período en el que el comportamiento individual es influido por el de sus pares (Vargas y Barrera, 2002); por tanto, el embarazo a edades tempranas está bastante determinado por conductas riesgosas adoptadas por presión social, como el consumo de drogas o alcohol.

Todo lo anterior nos muestra de manera clara, muchas de las diferencias que existen para la población adolescente en términos de su educación, nivel socio-económico y edad, entre otras variables determinantes. De allí la justificación para que las lecturas de contexto del embarazo en la adolescencia y las intervenciones se den de manera integrada, integral y coordinada.

Si se quiere impactar decididamente sobre el fenómeno, enfocarse en los determinantes sociales y en cada una de las variables asociadas—tal como se ha ido explicando y como se observará en los documentos subsiguientes—, es uno de los caminos a recorrer.

Diferencial

En el contexto del embarazo en la adolescencia, así como para el abordaje de otras situaciones o condiciones especiales o de vulnerabilidad, el enfoque diferencial se configura en un eje transversal de los derechos humanos que valora y respeta la diversidad.

El enfoque diferencial se constituye en una perspectiva que pretende aproximarse al conjunto de diferencias individuales y colectivas que caracterizan a las personas y que en muchas ocasiones se toman como excusa para la configuración social de las desigualdades. Así, para garantizar la universalidad de los derechos frente a la diversidad de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y de sus condiciones de vida, es necesario reconocer las diferencias de género, ciclo de vida, etnia, condición de discapacidad y condición social sea ésta por pobreza, por diversas afectaciones del conflicto armado, por ser víctimas de otras violencias, por su ubicación geográfica (urbana o rural) o incluso por infringir la ley penal, e incluir acciones distintivas en las políticas y los planes, programas, proyectos y estrategias, que construyan o reconstruyan las condiciones habilitantes para el ejercicio y la garantía de sus derechos, sea como individuos o como grupos.¹³

El enfoque diferencial¹⁴ pone de presente el hecho de que ciertas personas tienen vulnerabilidades especiales en razón de su pertenencia a diferentes grupos poblacionales y establece que, por tanto, tales especificidades deben verse reflejadas en los mecanismos legales y de política pública construidos para su beneficio, a la vez el desarrollo de acciones y procesos de atención ajustados a sus necesidades específicas que incluyen entre otras usos y costumbres.

Dicho enfoque propone que las personas o grupos de población que tengan vulnerabilidades especiales (físicas, psíquicas, sociales o ambientales), reciban una atención acorde con su situación, características y necesidades especiales; y que puedan abordarse a través de mecanismos legales, servicios y política pública, de manera diferencial.

13 Instituto Colombiano de Bienestar familia ICBF. (2013) *Guía para la promoción y la garantía de la participación de niños, niñas y adolescentes*.

14 Tomado de ACNUR, *Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander*, Bucaramanga, 2008.

En ese sentido el enfoque diferencial, basándose en el principio de la equidad, busca la igualdad real y efectiva; por lo tanto, al disminuir situaciones de inequidad y dificultad en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, se logra la equidad en el derecho a la diferencia.

El enfoque diferencial se refiere entonces a una atención que responda a las necesidades particulares desde las perspectivas de ciclo vital, género, orientaciones sexuales, pertenencia a un grupo étnico (indígena, afrodescendiente y Rom), ubicación dentro de un grupo social en posición socioeconómica desventajosa, y a las diferentes discapacidades tanto físicas como cognitivas.

Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona lo cual implica observar no solo a hombres o mujeres, sino a ellos en los diferentes momentos de su ciclo vital, perteneciendo a distintos grupos étnicos, en distintos contextos culturales y con experiencias particulares.

Por esta razón, el enfoque diferencial asume la adolescencia en el marco del ciclo vital y como parte de diversos grupos y ámbitos:¹⁵

- **Étnico**, como país multiétnico y pluricultural se reconoce a las comunidades indígenas, raizales y afro como sujetos colectivos y como tales gozan de derechos que recaen en la comunidad;
- **Por discapacidad**, orientado a analizar las diferentes intervenciones y las rutas de atención que articulan el ciclo de vida de las personas en situación de discapacidad,

teniendo en cuenta a la persona en dicha situación, así como su entorno familiar, comunitario y social;

- **Por ciclo vital**, niños, niñas y adolescentes, el cual se caracteriza por tener en cuenta que cada etapa en el desarrollo de la persona es un momento fundamental en la estructuración física, psicológica y social de los seres humanos. Significa por tanto que para entender cada una de ellas se necesitan conocimientos y experiencias específicos. Esto se alcanza al analizar y determinar la manera en que las experiencias y la exposición a determinados factores o situaciones en diferentes fases de la vida se acumulan y se ven reflejadas en el proceso de desarrollo y el bienestar personal y social. No es lo mismo para un/a adolescente tener menos de 14 años, encontrarse entre los 14 y los 18 años, o pasar de allí;
- **Por género y orientación sexual**, explicado en que la pertenencia al género femenino en cualquier grupo de edad, así como al colectivo LGBTI, confieren una vulnerabilidad especial para sufrir violencia sexual, estigma y discriminación;
- **Por ubicación** dentro de un grupo humano en posición socioeconómica desventajosa.

15 MSPS-UNFPA. *Modelo de Atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*. Legis, S.A., Bogotá, D.C. 2010.

Género

La experiencia de la adolescencia es polifacética y depende de muchos factores: el propio género, el lugar de residencia, el contexto sociocultural, las circunstancias económicas y el estado civil. Las expectativas basadas en el género influyen en gran medida en la experiencia de la adolescencia.¹⁶

En esta etapa ocurren una serie de cambios, entre los que destacamos además de los bio- psicosociales, los que tienen relación con los problemas asociados a las identidades y roles de género.

Es en el período adolescente donde se definen las pautas de comportamiento adquiridas previa o principalmente durante la niñez, estableciéndose así la diferenciación entre géneros. Por lo tanto, este proceso se convierte en un contenido vital y determinante para la resolución de la crisis de identidad propia de esta etapa, que a su vez influye en las diferentes formas en que los y las jóvenes viven el período de la adolescencia (Llewelyn & Osborne, 1990).

Por otra parte, también se señala la existencia de unos roles de género que corresponden a la forma de actuar y responder hacia los otros de acuerdo con el género con que el individuo se ha identificado, de esta manera estos roles, son la expresión pública de la identidad de género (Jayme, 1996).

Según Montesinos (1996), no existe un solo concepto que defina el género, ni es posible encontrar un concepto único de mujer o de hombre, sino que es necesario considerar el contexto en el cual se encuentran insertos. Las diferencias de género en la adolescencia representan uno de los factores relevantes que explican las disparidades entre los y las adolescentes, sobre todo si consideramos que el género es un concepto transmitido mediante el proceso de socialización, que alude a la construcción cultural que adscribe a los hombres a ser masculinos y a las mujeres a ser femeninas.

¹⁶ Corporación chilena pro derechos de los niños y los jóvenes PRODENI. Estudio "Género y adolescentes infractores de ley". Informe final. Santiago, 2006.

Así, hay marcadas diferencias en las normas de aprendizaje del rol sexual y en las expectativas de comportamientos para hombres y mujeres: “Con frecuencia, las niñas están en situación desventajosa. Al ingresar en la pubertad, el prejuicio contra las niñas las coloca en situación de mayor riesgo que los varones, de abandonar la escuela, ser objeto de violencia sexual y contraer matrimonio precozmente; particularmente las que viven en la pobreza. Es posible que durante ese periodo se amplíen las libertades y oportunidades de los varones, mientras que la experiencia de las niñas, suele ser lo opuesto.

Durante dicho periodo, las diferencias en el trato pueden tornarse más pronunciadas, y tal vez se eduque a las niñas para que se transformen en esposas y madres, mientras que los niños son preparados para mantener el hogar. Lo típico es que se espere que las niñas sean dóciles, mientras que se alienta a los niños varones a proyectar fortaleza y control” (UNFPA, 2005). Pese a que tanto hombres como mujeres comparten sus vidas; sus respectivas expectativas, oportunidades y comportamientos suelen ser ampliamente divergentes.

Desde edad temprana se enseñan a los varones, tácita y explícitamente, los ideales y las expectativas de sus madres, padres, así como los de los demás niños y de toda la sociedad, acerca de su futuro como hombres. Este ideal de “hombría” puede conformar las actitudes y los comportamientos de los niños varones y los hombres. El concepto de masculinidad vigente en la sociedad está conectado con la autoidentidad, con el sentido de pertenencia y con el de la propia valía.

En la adolescencia, los varones a menudo se enfrentan a una presión constante del grupo de compañeros o pares, en la que las experiencias sexuales pueden considerarse como un logro o una demostración de la competencia, y no una ocasión de intimidad y creación de vínculos (Marsiglio, 1998). De hecho, quizá deseen estar más unidos a ellos o a otros adultos, pero son incapaces de expresar

“...desde una edad temprana los adolescentes varones pasan más tiempo sin vigilancia en la calle o fuera de casa que las mujeres, y participan en más actividades económicas fuera de su hogar”

su deseo por temor a las sanciones sociales contra la expresión de sus necesidades emocionales y de la vulnerabilidad (Paterson, Field y Prior, 1994; Pollack, 1998).

Estudios de diferentes partes del mundo (Evans, 1997; Bursik y Grasmick, 1995; Emler y Reicher, 1995), concluyeron que desde una edad temprana los adolescentes varones pasan más tiempo sin vigilancia en la calle o fuera de casa que las mujeres, y participan en más actividades económicas fuera de su hogar. Estas horas pasadas fuera del hogar conlleva ventajas pero también riesgos.

Por lo anterior resulta imprescindible comprender las diferencias mencionadas entre mujeres y hombres y muchas otras, cuando se formulan políticas y programas eficaces. Las experiencias de vida y los procesos de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital, tanto para las mujeres como para los hombres jóvenes, tienen características especiales que en ciertas circunstancias los ponen en desventaja o supremacía frente al otro.

Por lo anterior, el enfoque de género obliga a mirar cualquier situación social o plan de acción —que en este contexto abarca diversas instancias, sectores y actores sociales en diálogo permanente—, desde una perspectiva que permita entender las necesidades específicas de mujeres y hombres adolescentes, y además los efectos diferenciales de cada situación en ellas y ellos.

Capítulo 2

LA INTERSECTORIALIDAD: sueños, realidades y desafíos



“...La intersectorialidad no es que estemos un poco de instituciones sentadas en un mismo espacio, la intersectorialidad se construye a partir de la construcción de propósitos comunes, y de cómo le aportamos entre todos a la construcción de esos propósitos comunes, y qué es lo que es común y nos une a todos en el proceso”
(Actor local, 2010)

Para alcanzar metas como las definidas en el CONPES Social 147 o en otros procesos sociales que involucren el conjunto de la institucionalidad del país —representada en las instancias gubernamentales, no gubernamentales, sociedad civil, sector privado, entre otros—, se requiere del accionar coordinado y articulado de todas y cada una de ellas, así como de la coherencia e integración de los enfoques señalados anteriormente, los cuales se constituyen en la base conceptual que dan sentido a las estrategias a implementar.

Lo anterior está sustentado inicialmente en lo que señala la Constitución Política de Colombia de 1991, que establece que: *“las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales deben ser ejercidas conforme a los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, atendiendo a los lineamientos constitucionales y legales. El primer principio, indica que las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado (Art. 209 C.P.), coordinación que debe darse, tanto entre las entidades territoriales, como entre éstas y la Nación”*.

Así mismo, además de los enfoques o principios orientadores, se cuenta con un amplio marco normativo y de competencias, que define las responsabilidades de cada uno de los niveles territoriales y los roles que deben asumir los actores sociales, dependiendo de su función y las situaciones que se atiendan. El documento CONPES Social 147 define ampliamente las competencias institucionales y el papel que cada actor debe desempeñar para prevenir el embarazo en la adolescencia. Es decir, las instituciones y sectores relacionados: salud, educación, protección, justicia, cultura, trabajo, comunicaciones y defensa, entre otros, poseen dicho marco pero en la mayoría de los casos, a pesar de ello, es difícil cumplirlo.

La experiencia ha demostrado que no es una tarea fácil y que requiere del esfuerzo permanente y el compromiso decidido de cada uno de los actores, de manera que se perciban a sí mismos como parte de un todo.

A pesar de definir o contar con objetivos comunes, también es cierto que los actores no logran ponerse de acuerdo en quién hace qué, de qué manera y cómo articularlo. A la hora de acordar, de discutir y de sentarse en mesas de trabajo u otros escenarios de diálogo para definir cuáles son las mejores estrategias para el desarrollo en conjunto, no se logra establecer de manera clara quién es el actor o los actores que deben lograr los resultados concretos.¹⁷ Para el caso colombiano, es evidente que los avances en ese sentido se han venido dando no de la manera esperada, pero sí gradualmente. Esto obedece en parte a que las instituciones y los sectores han terminado por comprender que cualquier situación que afecte a la población ya sea infantil, juvenil o adulta, implica el ejercicio conjunto e integral de los actores.

Roth (2007, 2009), encontró en su estudio que: “Los avances más notorios se concentran en la apertura hacia espacios menos ligados a los sectores públicos formales de salud, educación y bienestar. Se encuentran nichos de trabajo con adolescentes en los espacios generados por ONG y entidades de Cooperación Internacional, en los que se conjugan tanto cooperación financiera como avances investigativos”. Agregando además que: “En los departamentos, el sentir de todos los sectores e instituciones es que la coordinación intersectorial e interinstitucional es buena; sin embargo las ejecuciones de las acciones son muy complejas y muchas veces derivan en su poco desarrollo y concreción en terreno, con la carga del actor que se identifica como el referente “salud”, al cual se reconoce no sólo como el responsable de la implementación de la política sino como el encargado de las acciones en la SSR”.

Lo anterior lleva a reflexionar sobre el rol de cada actor, sobre el cómo se responde a las expectativas de los sectores e instituciones y sobre la mejor manera para construir colectiva e integralmente, más aún al tratar situaciones como la del embarazo en la adolescencia o su salud sexual y reproductiva en general.

Los elementos que se brindarán a continuación sumados a lo anterior, pretenden entre otras razones, servir como insumos que serán retomados en los ejercicios, metodologías y rutas intersectoriales ya construidas o por hacerse.

17 Roth, André-Noél. La coordinación intersectorial en la implementación de la política de salud sexual y reproductiva en Colombia: análisis de casos en los departamentos y capitales del Eje Cafetero. XIV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Admón. Pública, Salvador de Bahía, Brasil, 2009.

2.1. El abordaje intersectorial: definiciones y sentido

Resulta sumamente complejo construir sinergias entre diversos actores aprovechando, al mismo tiempo, la especificidad sectorial. Influye en ello una serie de dinámicas propias de los sectores, pero también de índole social. Por ejemplo, respecto a los enfoques no hay una unidad y en muchos casos, cada quien los interpreta y ejecuta a su manera.

Para Cunnill Grau (2005), la intersectorialidad se constituye en un instrumento de la integralidad resultando, por ende, un componente insustituible de las políticas y programas destinados a enfrentar la pobreza (y también la desigualdad). El gran desafío consiste entonces, en construir viabilidad política y técnica a la intersectorialidad.

La experiencia comparada de América Latina y Colombia —caso Zona Cafetera—, muestra ciertos avances en la coordinación intersectorial, aunque más a nivel de programas contra la pobreza que se proponen integrales, que en el plano más general del conjunto de políticas sociales que comprometen la identidad organizacional y los recursos sustantivos de ministerios tradicionales, como salud y educación.

Por las experiencias de campo, parece ser cierto que en el plano local, en la esfera territorial comunitaria/municipal, es más factible lograr la coordinación interinstitucional que en una estrategia de carácter más amplio, por ejemplo, la intersectorialidad a escala nacional.

Para saber más



La noción de la intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con miras a la solución de problemas sociales. Sin embargo, el término tiene diversas connotaciones según las premisas que se adopten, e incluso, según qué se entienda por “sector” (Roth, 2009).

En primer término, para que la cooperación intersectorial pueda hacerse posible tiene que existir algún tipo de evidencia (o conciencia) acerca de que la solución del problema que ocupa la atención, no puede lograrse a través de un solo sector. En ese contexto, el embarazo en la adolescencia aparece como una necesidad sentida por todas las instituciones, que requiere de acciones integradas.

En segundo lugar, es importante señalar la tendencia que tienen hoy día las instancias de coordinación intersectorial, de forma tal que permiten la “conversación” entre ellas mismas y con los actores responsables del manejo del presupuesto o con la sociedad, dando espacio expresamente a la participación y a la movilización social.

2.2. Viabilidad técnica y política

A partir de las experiencias previas de coordinación y articulación entre diversas instancias, tanto en lo internacional como en lo nacional, surgen dos premisas básicas de la intersectorialidad:

1. La integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Es decir, le asigna un fundamento expresamente político.
2. La integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Esto remite a un fundamento técnico (Roth, 2009).

De allí que es importante destacar algunos elementos que le son propios: a) Integración, presente en todas las definiciones de intersectorialidad; b) Inclusividad, puesto que afecta desde el diseño hasta la evaluación de las acciones; c) Mancomunidad, ya que supone compartir recursos, responsabilidades y acciones (Mendes y Fernández, 2004: 121); d) Predominancia de un ethos corporativo profesional que la convierte en un problema cultural, es decir, “pensar” intersectorialmente para llevar a cabo políticas de ese contenido (Rufián y Palma, 1990); y e) La intersectorialidad puede allanar el camino para la interdisciplinariedad y la transectorialidad.

Otras experiencias se refieren a metodologías estratégicas que incluyen la Triple “I”: Integrales, pues enfrentan los problemas sociales desde las diferentes aristas de los mismos; Interinstitucionales, dado que los actores participan a nivel de sus instituciones y no solo a título personal, e Intersectoriales, ya que involucran la participación de organismos públicos, privados y de la sociedad civil.¹⁸

Sin embargo, para alcanzar a cumplir los propósitos comunes se hace necesaria la viabilidad política, para lo cual es fundamental: minimizar las diferencias de poder percibidas; considerar que en tanto la intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones, contiene siempre la posibilidad de resistencias y de luchas de poder.

¹⁸ Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C. FECh, A.C., *Metodología de Programas Triple “I”*. Ojinaga, 2010.

La integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales.

Igualmente se hace indispensable diseñar dispositivos institucionales que no solo minimicen esas posibilidades, sino que contribuyan expresamente a la creación de comunidades de sentido; promuevan la influencia mutua en la toma de decisiones para balancear las diferencias de poder; contribuyan a la emergencia de estructuras organizacionales o procesos formales que habiliten a todas las partes para influir sobre la definición de los problemas y en la planificación de las soluciones; dispongan de variados “mecanismos integradores internos” (por ejemplo, los planes elaborados participativamente entre todos los actores implicados en las acciones intersectoriales, ya que pueden contribuir a generar visiones compartidas); e insistan en la existencia de un “agente catalítico” con la suficiente legitimidad o autoridad para convocar a todos los actores pertinentes.

De otra parte, la viabilidad técnica de la intersectorialidad está asociada a otro tipo de factores: asegurar el financiamiento de la intersectorialidad y dar miradas integrales; así como planear y definir atribuciones conjuntas, reafirmadas además en los planes y presupuestos de los sectores e instituciones, entre otros.

Finalmente, si se cumplen los dos elementos de viabilidad, es posible posicionar en este caso el tema del embarazo en la adolescencia, incidir políticamente sobre las agendas públicas de los gobiernos centrales y municipales con herramientas de abogacía y participación, así como facilitar ambientes y espacios de integración y coordinación entre sectores.

2.3. Maneras de entender y aplicar la intersectorialidad: Coordinación, articulación e integración.

La coordinación intersectorial es un procedimiento que permite eliminar contradicciones o redundancias, y a la vez, desarrollar políticas integrales. Por lo tanto, la coordinación si se cumple claramente, permite alcanzar los siguientes objetivos: **i. Evitar o minimizar la duplicación** y superposición de políticas; **ii. Reducir las inconsistencias** de las políticas; **iii. Asegurar prioridades** de políticas y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas; **iv. Atenuar el conflicto** político y burocrático, y **v. Promover una perspectiva holística** que supere la mirada sectorialista y estrecha de las políticas (Peters, 1998a).

Ahora bien, la coordinación intersectorial no es, ni debe ser un fin en sí misma, tal como se ha concebido en algunos espacios. Es un instrumento para lograr consistencia e integralidad de las políticas, en ámbitos de intervención intersectorial, recurriendo a mecanismos tanto de “governance” (o **gobernanza**, término utilizado para designar la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado) como de cambio organizacional. De ahí que la coordinación ocurre a diferentes niveles (vertical y horizontal) y con diferentes grados de complejidad (interdependencia de objetivos, funciones y recursos entre diversos entes).

Para ello se ha de valer de liderazgo y visión, para dirigir las políticas desde un conjunto de valores e ideas comunes. Pero también tendrá que recurrir a medios efectivos de coordinación, que dejen de lado las formas de coordinación “negativa” (cada organización evita a las otras y sus interacciones son inexistentes), para avanzar hacia una coordinación “positiva” en que se producen formas de trabajo conjunto para proveer mejores servicios.

Peters reconoce un tercer tipo de coordinación, que denomina “integración de políticas”, que va más allá de la mera coordinación en la entrega de servicios hasta generar cooperación en la compatibilización de las misiones organizacionales, y así superar contradicciones.

Así mismo, para crear un trabajo integrado, exitoso en el ámbito de la intersectorialidad como la que requiere la prevención del embarazo en la adolescencia, se necesita fortalecer un conjunto de capacidades relacionadas con el

conocimiento y herramientas necesarios para movilizar equipos y redes, desarrollar marcos compartidos para el análisis y comprensión de los hechos, y para definir roles, responsabilidades y objetivos; planificar e informar. Eso significa desarrollar capacidades de: cooperación, colaboración o coordinación, unión; construir confianza, planear estratégicamente, tomar acción, aumentar la escala (Melaville, citado en Bardach).

Desde un punto de vista gerencial, la coordinación exitosa se basa igualmente en la capacidad de “gestionar la transversalidad”, como la llama Echeberria, que significa promover en la organización la llamada “cultura de coordinación”, que se favorece con inversión en capital social y con la creación de un sentido compartido de la misión y visión de la organización a través de procesos de formación institucional propios de la gestión estratégica.

Sin embargo, estos conceptos no tendrían significado si no se complementan con el de articular. La “articulación” expresa la posibilidad de aglutinar voluntades y experiencias, así como la de reagrupar recursos y patrimonios. Constituye un mecanismo que potencia los lazos de cooperación por sobre los lazos de competencia, promoviendo el accionar coordinado y solidario de soluciones y respuestas a las más diversas cuestiones y problemáticas que caracterizan a la sociedad actual. De allí que requiere que se cumplan las siguientes características: primero hay una coordinación; los y las participantes se conocen, saben qué hace cada quien, cuáles son sus fortalezas y cuáles sus debilidades; se cuenta con una infraestructura básica, es decir, no hay que empezar de cero; se articula en función del producto que se espera obtener y de la meta a la cual se aspira a llegar; y, se genera una identidad y empatía de todos hacia la meta que en últimas pertenece a todos.

En ese sentido se puede afirmar que para abordar la ya señalada complejidad y multidimensionalidad del embarazo en la adolescencia, se requiere adoptar enfoques sistémicos, holísticos y abordajes epidemiológicos que consideren el problema en su integridad y los determinantes sociales que inciden en él. Por ende, las respuestas adecuadas implican el compromiso de todos los actores institucionales, puesto que la intersectorialidad supone el trabajo coordinado y articulado con vistas a objetivos comunes, consensuados entre todos.

2.4. Aspectos a tener en cuenta: actores, escenarios y niveles

Resultado de las consideraciones anteriores, una definición de coordinación que integra las diferentes perspectivas y dimensiones hasta aquí planteadas, es aquella que la comprende como un proceso de múltiples dimensiones (político y técnico, participativo y concertado, vertical y horizontal), y de diferentes alcances (macro o nacional, meso o regional y micro o local), que involucra a diferentes actores y sectores (salud, educación, cultura, privado, ONGs, cooperación internacional, etc.), con el fin de articular esfuerzos y crear sinergias que favorecen el logro de objetivos estratégicos.

Sin embargo, la experiencia de campo muestra que a pesar del interés y las “bondades” de la intersectorialidad, existe un fuerte escepticismo de los profesionales acerca de la viabilidad de articular entre los sectores. Barreras actitudinales, culturales, creencias religiosas, falta de recursos humanos capacitados, limitados presupuestos, sobrecarga laboral, poco tiempo para encontrarse, entre otras, surgen permanentemente.

También es cierto que sin el apoyo político de las autoridades sectoriales nacionales, para promocionar y facilitar los procesos, difícilmente los mismos puedan tener regularidad y continuidad en el nivel operativo, dado que los actores pertenecientes a las instituciones se verían o sentirían desprotegidos.

De modo que además de la intersectorialidad, la estrecha articulación y el trabajo coordinado entre los niveles –jerárquicos– de la acción, antes señalados; también deben promoverse al interior de cada ámbito sectorial. Es lo que en el discurso circulante se ha denominado articulación intrasectorial, desafío que, pese a su uso retórico, aún está lejos de concretarse.

Por su parte, los actores de los niveles centrales se quejan de quienes se desempeñan en las instancias locales por los incumplimientos de las normas, requerimientos, o acciones que conduzcan a la consecución del propósito común. De allí la necesidad de mantener una comunicación clara, permanente, fluida y basada en la confianza mutua.

Para alcanzarlo se han configurado diversos espacios, categorías o escenarios que facilitan dicha tarea. Por la importancia que tienen en este contexto del CONPES Social 147 y por la oportunidad de crearlos o fortalecerlos, se explicarán brevemente.

Inicialmente se cuenta con **procesos de gestión asociada**, lo que para Poggiesse se asocia a: “...modos específicos de planificación y de gestión realizados en forma compartida entre organizaciones estatales y organizaciones de la sociedad civil en su sentido más amplio. Implica fundamentalmente la conformación de escenarios de planificación-gestión mixtos, intersectoriales e interdisciplinarios, que se manejan con reglas de juego claras y conocidas por todos (metodología), donde se pretende construir una nueva forma de “saber-hacer”¹⁹.

El trabajo en red, que hace referencia a una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

La función del liderazgo, que alude a que los diversos procesos de articulación entre actores diferentes, lejos de surgir y sostenerse en forma espontánea requieren de estímulo, promoción, programación, monitoreo y evaluación. Por ende, alguien —individuo o grupo— debe hacerse cargo de tales acciones medulares.

El trabajo en equipo, que implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. Es más que la simple suma de aportaciones individuales. Entre sus ventajas cabe mencionar que cada miembro ofrece sus habilidades, experiencia y conocimientos y todos los aprovechan; las ideas individuales pueden convertirse en proyectos colectivos, se pueden planificar acciones en común, evitando segmentaciones o solapamientos; se distribuyen tareas entre los miembros, se comparte la responsabilidad por los resultados, se socializa la capacitación recibida en distintas instancias, se transfieren conocimientos y experiencias personales, y se piensan colectivamente soluciones a los problemas, desde diferentes perspectivas.

19 Poggiesse, H. “Prácticas de gestión asociada, contrato social y nuevos actores colectivos”. *Boletín Redes PPGA (Planificación participativa y gestión asociada)*, Rosario, 2000.

La negociación, definida como la relación que establecen dos o más personas en relación con un asunto determinado, con el propósito de acercar posiciones y llegar a un acuerdo que sea beneficioso para todos. El punto de partida es la existencia de diferencias en las posiciones que mantienen las partes. Si las posiciones fueran coincidentes no haría falta negociar. La negociación busca eliminar esas diferencias, acercando las posiciones gradualmente, hasta llegar a un punto aceptable para todos.

La comunicación, de una parte como el sustrato y soporte de todos los procesos vinculatorios entre los diversos actores. Pueden darse varias denominaciones a la misma, acorde con sus fines: comunicación interinstitucional, intrasectorial o intersectorial. De otra, como estrategia clave que permite colocar y mantener en la agenda pública asuntos relevantes y desarrollar acciones de promoción y prevención.

Un ejemplo claro de algunos escenarios o ámbitos de intersectorialidad en los diversos niveles que deben comunicarse y dialogar respecto a la prevención del embarazo en la adolescencia (UNFPA, 2007), en los cuales se aplican los principios mencionados anteriormente, es el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía:

- **Nacional:** Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los DSR, Red UNIDOS, Ministerios de Educación, Salud y Comunicaciones, ICBF, SENA.
- **Departamental:** Comités de SSR, Equipo Técnico Regional, Redes de Apoyo Social, Secretarías, otros comités (maltrato, mesa coordinadora, mesa violencias, infancia y juventud, sustancias psicoactivas, trata de personas).
- **Municipal:** Comités de SSR, Equipo Técnico Regional Intersectorial, Redes de Apoyo Social, otros comités (maltrato, mesa coordinadora, mesas de violencias, infancia y juventud, sustancias psicoactivas, trata de personas), Secretarías, Compos.
- **Institucional:** Hospital, Instituciones Educativas (PEI), mesas institucionales, proyectos pedagógicos o programas.

Capítulo 3

EL ACCIONAR INTERSECTORIAL: una respuesta a los determinantes sociales del embarazo en la adolescencia



“A mí me parece que el municipio es privilegiado para la intersectorialidad de las políticas de salud sexual y reproductiva para los adolescentes, porque son más realizables y además nos conocemos más”
(Funcionario local, 2010)

Con el fin de ayudar a que se responda a los nuevos y múltiples desafíos que enfrenta el embarazo en la adolescencia desde los determinantes sociales, así como dar continuidad y cumplimiento a los acuerdos establecidos en este, se hace necesaria la implementación concertada de acciones por parte de los socios y actores estratégicos de los diferentes sectores. Igualmente se requiere el accionar en varios niveles del gobierno, de las organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales y de los territorios, entre otros, tal como fue señalado en apartados anteriores.

Las acciones que se desarrollen deberán tener en cuenta los diversos niveles de intervención: individual, familiar y comunitario. Cada nivel busca vincular los factores determinantes del embarazo en la adolescencia y los ejes estratégicos para incidir de forma sistémica. De esta manera, las acciones permitirán trascender un enfoque individual y reconocer las dimensiones del desarrollo humano, teniendo en cuenta los contextos próximos como las familias, el hogar, la escuela, y contextos distales como el social (CONPES Social 147).

Por tal motivo, es importante describir en este documento de manera general, las responsabilidades de las instancias que participan en la estrategia y las posibilidades que tienen de articulación y coordinación entre ellas. Este espacio no se agota aquí, por el contrario es una apuesta para que los sectores se revisen, fortalezcan y dialoguen entre sí.

Salud

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003): además de establecer los lineamientos generales para el desarrollo de las políticas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, define mecanismos intersectoriales para contribuir a la promoción de la misma, y a la prevención del embarazo en la adolescencia.

Es así que queda como uno de sus ejes de trabajo: “La coordinación interinstitucional busca que todos los actores de esta política asuman un papel activo en función de una agenda común cuyo objetivo es que la población se beneficie de las intervenciones planteadas. Dentro de los mecanismos útiles para el mejoramiento de la coordinación intersectorial, están el establecimiento de espacios de encuentro con el sector educativo, de las comunicaciones, del trabajo, justicia, entre otros, y las instituciones públicas y privadas con competencias y responsabilidades en el tema de la SSR. También se considera un mecanismo efectivo las alianzas estratégicas entre los diferentes actores sociales, políticos y del SGSSS, tanto para las acciones del orden nacional como para las territoriales. Es importante favorecer todos los canales de comunicación con otras naciones y organizaciones, en cuanto se refiere a cooperación internacional técnica, logística o financiera que pueda encuadrarse dentro de las líneas de acción prioritarias del país y sus compromisos internacionales.”

Es decir, tiene en cuenta los componentes técnico y político de la intersectorialidad —ampliados anteriormente—, así como los factores, condiciones y requerimientos que la hacen posible en las diversas instancias y niveles de atención.

Estrategia Atención Primaria en Salud - APS

El Plan Decenal de Salud Pública es el marco normativo para la implementación de acciones de salud pública en el país, y la APS es una de las estrategias para hacerlo. Se establece allí que para el desarrollo del Plan en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de Salud y Protección.

Dicha estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud, y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.²⁰

Entre los elementos que se interrelacionan, se destacan la acción intersectorial, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la integralidad, e integración de redes sociales.

Servicios en Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

El Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes es una estrategia para proveer servicios de salud diferenciados. Su énfasis está dado en la salud sexual y reproductiva y es una de las estrategias intersectoriales, porque hace de las instituciones de salud espacios con información, orientación y educación de calidad para esta población.

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes es la expresión de la interacción de procesos socioculturales, biológicos y psicológicos; se desarrolla como un proceso dinámico que comprende relaciones donde influyen la familia, las instituciones, la comunidad, la escuela, etc. Son estas relaciones las que delimitan los contextos, lenguajes y formas de construcción de vínculos que generan oportunidades de acción y le permiten a los profesionales y personal de salud, intervenir de forma directa sobre los determinantes sociales y de la salud.

²⁰ CEDETES-MPS. *Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano*. Cali, Valle del Cauca, 2012.

Este componente se constituye en uno de los factores clave del éxito del servicio, por cuanto incluye a adolescentes y jóvenes, a grupos aliados de la comunidad y a grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñen y su empoderamiento frente al servicio es un paso importante para la sostenibilidad del mismo.

Involucra tres niveles: participación juvenil, coordinación intra e intersectorial y participación social y comunitaria. Los tres implican la identificación y vinculación de actores sociales claves del municipio, en especial de adolescentes y jóvenes, de manera que trabajen articulada y coordinadamente por dicha población y sus necesidades.

Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

En el marco de los procesos intersectoriales y la ruta de atención intersectorial: Una vez se han realizado los procedimientos iniciales de atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual, las instituciones de salud deben iniciar los pasos de remisión hacia las instituciones de protección y justicia. Estas deben garantizar la protección de la víctima ante nuevas situaciones de violencia; las acciones de acceso a justicia para evitar la impunidad y repetición de eventos de violencia por parte del agresor, y el acceso a procesos de restitución de derechos y reparación de la víctima.

Esto implica que para los casos en los que las víctimas no vienen remitidas por instituciones de justicia o protección, los actores del SGSSS que la atienden deben activar las **rutas de atención integral intersectorial de la violencia sexual** del municipio y/o la localidad.

El modelo define las competencias institucionales de los otros sectores: es muy importante que el sector salud conozca cuáles son las competencias institucionales de otras entidades que participan en el proceso de atención integral a las víctimas de violencia sexual.

Con ello se apoya además el proceso de fortalecimiento de las redes interinstitucionales y las rutas de atención intersectoriales por las que la víctima de violencia sexual tendrá que conocer en el proceso de atención integral: Redes Intersectoriales de atención, redes de Buen Trato y Comités Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual.

El buen funcionamiento de las redes intersectoriales necesita del compromiso y la gestión de las y los profesionales delegados por las instituciones que la conforman. Trascender los obstáculos propios de las realidades regionales y laborales es fundamental para establecer acciones que mejoren los procesos de atención interinstitucionales dirigidos a las y los sobrevivientes de las violencias sexuales. De tal forma que al pasar por cada una de las instituciones se establezca un trabajo en red que sume en la recuperación personal de quien ha sufrido estas violencias.

Con la ley 1146 de 2007 se avanzó en el fortalecimiento del abordaje intersectorial de la Violencia Sexual a través del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, a nivel nacional, y la creación de estos comités a nivel regional y municipal.

En las entidades territoriales este Comité debe estar direccionado por las Secretarías o Direcciones de Salud y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, y contar con la participación de todos los sectores y el ministerio público.

Educación

El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC)

Busca fortalecer al sector educativo para garantizar una educación de calidad y pertinencia, promoviendo el desarrollo de competencias básicas en relación con la equidad de género, la participación, la convivencia pacífica y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos para todas las personas que se encuentran relacionadas con la comunidad educativa.

Para garantizar la continuidad de los Proyectos Pedagógicos es indispensable que la comunidad educativa conozca y participe en sus acciones, y que el gobierno escolar brinde su apoyo decidido para el desarrollo del mismo. Además es **fundamental la acción intersectorial coordinada** para ejercer una acción conjunta entre la escuela y las demás instituciones sociales, gubernamentales y no gubernamentales. Para el éxito y la sostenibilidad del programa, los establecimientos educativos deben explorar con otros sectores los puntos de encuentro, las diferencias, los

Los comités, redes u organizaciones constituyen la estrategia fundamental de descentralización y autonomía para el desarrollo de la educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía en lo local y regional...

complementos e, incluso, la ausencia de acción en torno a las niñas, los niños y los jóvenes, y sus derechos humanos sexuales y reproductivos.

Se deben fortalecer los comités, redes u organizaciones existentes y potenciar lo que se hace bien alrededor de propósitos comunes del Programa, lo cual permite superar la fragmentación de acciones y lograr la sostenibilidad. Los comités, redes u organizaciones constituyen la estrategia fundamental de descentralización y autonomía para el desarrollo de la educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía en lo local y regional, y acompañan a las mesas de trabajo de las instituciones educativas en la construcción de los proyectos pedagógicos como elemento central de la estrategia de acción transectorial que debe incluirse en los planes de desarrollo departamental o municipal.

La coordinación y la concertación permiten gestionar la inclusión de la educación para la sexualidad en los planes departamentales o municipales de desarrollo, y propician su definición como asunto decisivo en las agendas políticas de las instituciones que tienen responsabilidades compartidas al respecto. Los comités se constituyen, además, en espacios privilegiados para generar procesos de formación continua dentro de la red y para la calificación continua de sus miembros. Impulsan la organización local y municipal de la educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía, y movilizan la consecución de apoyos y mecanismos de fortalecimiento institucional, mediante alianzas y convenios que potencien el logro de los objetivos del proyecto.

Estrategia de estilos de vida saludables

El programa es el resultado del esfuerzo de articulación e integración entre los ministerios de Salud y Educación como un aporte a la política pública y a la garantía del derecho a la salud, a través del acceso a estrategias que fomenten la calidad de vida para todas las personas.

La estrategia se centra en la necesidad de desarrollar competencias básicas que permitan la formación de hábitos y comportamientos que contribuyan con la salud general de la población. Es decir, no parte de un concepto de salud limitado a la atención y al malestar físico, sino que implica toda una serie de estrategias que reconocen el estado de bienestar que corresponde a su definición, y a la concepción integral de las personas.

Reconoce la importancia de las escuelas como entes difusores y garantes, no solamente del derecho a la salud, sino de actitudes y prácticas que mejoren las condiciones de la sociedad. Es así como las comunidades, el sector educativo, el sector salud y todas las instancias que puedan favorecer al desarrollo de competencias básicas y ciudadanas, se articulan perfectamente con el sentido que se ha desarrollado desde el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía PESCC.

Adicionalmente, la estrategia se relaciona con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el Plan de Acción Intersectorial de la Estrategia de Entornos Saludables y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.

Competencias ciudadanas, Edu-derechos, Proyectos transversales

Acorde con la Constitución Política de Colombia de 1991 la Ley General de Educación establece como uno de los fines de la educación la formación para el respeto a los derechos humanos, en especial la vida, la paz, la democracia, la convivencia, el pluralismo y el ejercicio de la tolerancia y la libertad.

En ese sentido, uno de los soportes fundamentales para el desarrollo de competencias ciudadanas es la necesidad de **coordinar acciones con otras entidades del gobierno** que tienen responsabilidad en el tema, con el fin de aunar esfuerzos para el desarrollo de estrategias orientadas a la construcción de ciudadanía desde sus ámbitos de acción, así como de continuar con la implementación de los proyectos pedagógicos transversales: **Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía, Educación para el Ejercicio de los Derechos Humanos y Educación Ambiental**. Estos proyectos hacen posible la integración de diversos saberes en el desarrollo de competencias, y reorientan las prácticas pedagógicas hacia la

construcción de conocimiento que apunte a la transformación de los contextos locales, regionales y nacionales.

Todos ellos coinciden en la necesidad de formar ciudadanos y ciudadanas comprometidos en la transformación pacífica de la sociedad y guiados por los principios y los enunciados de los derechos humanos. En conjunto, ofrecen herramientas útiles para fomentar capacidades y proyectos de vida que promuevan el libre desarrollo de la personalidad y el ejercicio pleno de sus derechos, incluidos los DSR.

Reducción de la pobreza

Red para la superación de la pobreza extrema – Red UNIDOS

La pobreza en general no se produce por la ausencia de un solo elemento, más bien es la consecuencia de múltiples factores relacionados entre sí que inciden en un conjunto de individuos, tal como se explicó al hacerse referencia al enfoque de los determinantes sociales y que para el embarazo en la adolescencia es fundamental.

Esta definición pone en claro que son múltiples los aspectos que hay que considerar para lograr erradicar la pobreza extrema, y en este sentido el Gobierno dispuso de diversas estrategias para contrarrestar de forma integral las trampas que llevan a la constante pobreza y vulnerabilidad social.

Uno de los frentes sobre los cuales se está trabajando para lograr dicha tarea tiene que ver con el embarazo adolescente, visto como un fenómeno que prolonga la pobreza a través de las generaciones y por ello se convierte en un obstáculo para salir de la misma.

En el caso de la fecundidad de adolescentes, las acciones están encaminadas al fortalecimiento de la participación de los adolescentes para promover su autocuidado, el desarrollo de investigaciones que permitan observar tendencias, y encontrar posibles redes de apoyo, pero sobre todo, **retomar y fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional** en cuanto se hace indispensable involucrar en esta labor, desde la familia, hasta la comunidad e instituciones que logren formular e intervenir en los determinantes que conllevan a este fenómeno.

En este último sentido precisamente el Departamento para la Prosperidad Social - DPS viene trabajando para luchar contra la extrema pobreza, en un camino en el que se trabaja colaborativamente para alcanzar las metas propuestas. Por tal razón, 16 entidades estatales integran la Red UNIDOS, que tienen el compromiso de aportar y apoyar a las familias beneficiarias.

Es importante señalar que el proceso se desencadena por un enfoque de intervención familiar, realizado por un co-gestor ciudadano de vocación social, con un perfil muy específico para el desarrollo de sus funciones. Este a su vez es contratado por un operador y encargado de identificar las familias pobres y de guiarlas en la implementación de un Plan Familiar, de acuerdo con las dimensiones en las que trabaja la Red UNIDOS: salud, habitabilidad, acceso a la justicia, entre otras. Es decir, desencadena una gestión intersectorial pues su misión es orientar a las familias en el uso de los beneficios que ofrece el Estado en su conjunto.

Familias en Acción

El programa busca contribuir a la formación de capital humano de las familias en extrema pobreza (Sisben 1, Población en Condición de Desplazamiento, Comunidades Indígenas), mediante dos estrategias:

1. **Complementar el ingreso de las familias con niños y niñas menores de 18 años**, incentivando la formación de capital humano a través de: el consumo de alimentos, la incorporación de hábitos nutricionales y acciones de cuidado de la salud y seguimiento nutricional a los menores; y, la asistencia y permanencia escolar en los niveles de educación básica primaria, básica secundaria y media vocacional.
2. **Servir inicialmente como eje articulador** en la fase de implementación de la Red de Protección Social para la Superación de la Extrema Pobreza -UNIDOS, integrándose de manera complementaria y coordinada al conjunto de la oferta y a la estrategia de intervención integral con enfoque de promoción social de la Red.

La estructura del Programa Familias en Acción registra tres niveles de operación: nacional, departamental y municipal. En el nivel municipal el Programa Familias en Acción opera a través de la Alcaldía Municipal por lo que la ejecución de las

actividades contempladas en el Ciclo Operativo es de su directa responsabilidad. Por tal razón el alcalde promoverá **la articulación institucional** y social para la correcta ejecución del Programa y definirá la estructura orgánica en el municipio articulando los agentes principales involucrados.

Otra estrategia complementaria es **Jóvenes en Acción**, programa que pretende al mismo tiempo ofrecer opciones a la juventud colombiana, de manera que le alejen del consumo de sustancias psicoactivas, la delincuencia u otros problemas sociales, y a la vez, favorezcan sus proyectos de vida.

Participación y movilización social

Aunque se entiende que la participación y la movilización social son principios fundamentales para la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto, es importante retomarla como un elemento del accionar de las organizaciones sociales en los contextos regionales y locales, por su incidencia en la prevención del embarazo en la adolescencia.

En el país se ha venido posicionando éste aspecto de manera permanente, debido a la acción sistemática de diversos actores nacionales y locales que promueven la participación adolescente y juvenil en temas de DSR, SSR y prevención integral al consumo de sustancias psicoactivas, entre otros así como el impulso de iniciativas que promueven el embarazo en adolescentes. En este aparte se hará mención a algunas de ellas.

Creación y fortalecimiento de Grupos, Organizaciones y Redes Juveniles

Dentro de las acciones del Plan Decenal de Salud Pública para la promoción de la salud y la calidad de vida, en el objetivo de salud sexual y reproductiva se priorizó: “... el fortalecimiento de las redes de jóvenes que promuevan los Derechos Sexuales y Reproductivos y de grupos, organizaciones y redes de la sociedad civil para realizar abogacía y veeduría”.

La movilización social por los DSR ha sido el objeto de varias iniciativas impulsadas por organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el país, entre las cuales se mencionan dos: entre 2003 y 2007 se realizó el Proyecto: “Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS/VIHSida, con adolescentes y jóvenes residentes de comunidades receptores de población desplazada en Colombia”.

En el marco del “Programa de Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz” (PPDRCP) de la Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE) financiado por el MPS, desde 2003 se implementó en ocho (8) departamentos (Antioquia, Santander, Bolívar, Cesar, San Andrés y Providencia, Putumayo, Cauca, Quindío y Chocó) y 245 de sus municipios. Su objetivo: contribuir a la prevención del embarazo en niñas y adolescentes, y a la promoción de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR) a escala departamental y municipal, mediante acciones de movilización social, fortalecimiento institucional y mejoramiento de la calidad de vida. Pese a que en el nivel nacional dejó de operar, en los territorios continúa desarrollándose con relativo éxito y articulado a otras estrategias.

Protección, Justicia y Ministerio Público

En el contexto de los procedimientos intersectoriales para la prevención del embarazo en la adolescencia y las rutas de atención a situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, las instituciones que forman parte de la estructura de protección y justicia deben garantizar la protección, acciones de acceso a la justicia y el acceso a procesos de restitución de derechos y reparación, a todo ciudadano/a que lo requiera.

En ese sentido, el Ministerio Público con estricta sujeción a la Constitución Política de Colombia de 1991, a los tratados internacionales y a las leyes nacionales, desarrolla las siguientes funciones: 1. Como garante de los derechos humanos y de los derechos fundamentales; y, 2. Como representante de la sociedad.

Estas instituciones son: el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, las Comisarías de Familia, la Fiscalía, las URI, el Instituto Nacional de Medicina Legal, la Policía Judicial, entre otras.

Así mismo, se cuenta con otras instancias del Ministerio Público: Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo y las Personerías municipales, las cuales velan por la promoción, garantía y protección de los derechos humanos.

Cultura, Comunicaciones, otros organismos

En el año 2010 se establece la Comisión Intersectorial de Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de la cual forman parte los Ministerios de Salud y Protección Social, Educación Nacional y Comunicaciones, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

Cada una de estas entidades y sectores, aportan a la promoción de los DSR y a la prevención del embarazo en la adolescencia desde su marco de competencias (salud, educación, comunicaciones, protección) o como en el caso específico del SENA, a través del fortalecimiento de capacidades y la formación para el trabajo; puntos claves para el desarrollo de los jóvenes.

Adicionalmente, participan otros actores importantes: Cultura, Interior, Defensa, Departamento para la Prosperidad Social - DPS, Programa Colombia Joven, Alta Consejería para la Equidad de la Mujer de la Presidencia, Universidades, jóvenes, DNP y ANSPE, así como organismos de cooperación internacional, entre otros.

Allí se reconoce que el embarazo en la adolescencia no es responsabilidad de un solo sector y es necesario un abordaje integral, no fragmentado, y el desarrollo de programas articulados (Decreto 2968 de 2010). Eso significa reconocer la integralidad del ser humano, por tanto la cultura, el deporte, el uso creativo del tiempo libre se constituyen en aspectos a implementar con miras a promover la participación y la promoción de derechos.

Adicionalmente, con el apoyo permanente del Ministerio de Educación Nacional MEN, MinCultura y Colombia Joven, o quien hace sus veces, se diseñan los mecanismos para fortalecer los Consejos de Juventud y espacios de diálogo que existan en las regiones o en las entidades nacionales, creando y haciendo seguimiento a las acciones que se emprendan, con el fin de establecer buenas prácticas y casos exitosos, con enfoque diferencial (CONPES Social 147).

En general, este importante sector coordina articuladamente el diseño y la implementación de estrategias de comunicación (incluido el trabajo en medios), culturales, deportivas, recreativas y de aprovechamiento del tiempo libre, todas ellas orientadas al desarrollo de las líneas de la Política nacional de SSR, lo definido en el Decreto 2968 y las competencias descritas en el CONPES Social 147.

Finalmente, el rol que viene desempeñando la **cooperación internacional** (UNFPA, UNICEF, OIM, ONUMUJERES), el **sector privado**, las **ONGs** y la **academia**, por mencionar algunos, ha sido clave para la gestión de recursos técnicos y financieros, así como para el fortalecimiento de las capacidades institucionales.

De allí la importancia de continuar trabajando por el mejoramiento y el fortalecimiento de cada una de estas iniciativas, las cuales se traducen en espacios ya mencionados: rutas, mesas, redes o comités que operativizan la intersectorialidad para la prevención del embarazo en la adolescencia, el embarazo subsiguiente, o los delitos cometidos contra las niñas menores de 14 años —entre muchas otras situaciones o determinantes referidas en este documento y en los demás que conforman el CONPES—, lo que requiere del compromiso y el concurso decidido de cada uno de los actores, siempre y cuando se “piensen” como conjunto.

El país en su totalidad y en particular las y los adolescentes, así lo exigen.

Bibliografía

Aberastury, A. (1971). *La adolescencia normal*. Paidós. Buenos Aires.

ACNUR, (2008). *Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander*, Bucaramanga.

Alcaldía Mayor de Bogotá - Universidad Nacional de Colombia - Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales IEPRI. (2012). *Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de Bogotá 2012-2022*. Bogotá, D.C.

Barrera, F. e Higuera, L. “Embarazo y fecundidad adolescente”. *Documentos de Trabajo 24*. Fedesarrollo. 2004.

Blos, P. (1973). *La transición adolescente*. Amorrortu, Buenos Aires, Bursik, R. and Grasmick, H. 1995. “The Use of Contextual Analysis in Models of Criminal Behavior” In J. David Hawkins (ed.), *Delinquency and Crime: Current Theories*. New York: Cambridge University Press
Castell-Florit P. (2003). *Intersectorialidad. Intenciones en el mundo La realidad cubana*. Folleto. Coautor. Ciudad Habana: ENSAP, 2003.

CEDETES-MPS. (2012). *Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano*. Cali, Colombia.

Cunnill, G. N. (2005). “La intersectorialidad en el gobierno y la gestión de la política social”, ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD, Santiago de Chile.

Chapela, L. M. (1996). “Hacia una concepción de la adolescencia contemporánea”. En *Hablemos de sexualidad*. México.

CONPES Social 147. (2012). “Lineamientos para el prevención desarrollo de una estrategia para la del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años”, DNP. Bogotá, D.C.

Del Castillo, SE.; Roth, AN.; Wartki, CI.; Rojas, R.; Chacón, OA. (2010). “La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero Colombiano: el caso del embarazo adolescente”. *Rev. latinam. cien soc. niñez juv* 6(1):217-255.

Dolto, F. (1992). *La causa de los adolescentes*. Seix Barral.

Echebarría, K. (2001). “*Capital Social, Cultura Organizativa y Transversalidad en la Gestión Pública*”. VI Congreso Internacional del CLAD. Buenos Aires – Argentina.

Emler, N. y Reicher, S. (1995). *Adolescence and Delinquency*. Oxford: Blackwell Pub.

Erikson, E.H. (1987). *Identidad, juventud y crisis*. Taurus, Madrid.

Evans, L.D. (1997). “Functional School Refusal Subtypes: Anxiety, Avoidance, and Malingering”, *Psychology in the Schools*, 37 (2), 183-191.

Flórez, C.E., Soto, V., Vargas, E., Henao, J. y González, C. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida*. Centro de Estudios de Desarrollo Económico/Departamento de Psicología, Universidad de los Andes. Bogotá, D.C.

Flórez, C.E. y Vargas Trujillo, E., (2010). “La fecundidad adolescente en Colombia: Una aproximación ecológica”. XV Congreso de la ALAP, La Habana, Cuba.

Flórez, C.E. y Soto, V. (2008). “El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe, una visión global”. Documento de trabajo 632. Banco Interamericano de Desarrollo BID.

Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C. FECh, A.C., (2010). *Metodología de Programas Triple “i”*. Ojinaga.

Gaviria, A. (2000). “*Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas*”, *Coyuntura Social* 23, 84-95.

Galindo, P.C. (2012). “Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas”. *Revista Desarrollo y Sociedad* 69, 133-186. Bogotá, D.C.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. (2012). *Adaptación del Informe a la Ciudadanía. Optando por la Paz y la Prosperidad Social*. Bogotá, D.C.

Instituto Colombiano de Bienestar familia ICBF - (2013). *Guía para la promoción y la garantía de la participación de niños, niñas y adolescentes*.

Jayne, M. (1996). *Psicología diferencial del sexo y el género*. Barcelona: Icaria.

Marsiglio, W. (1988). *Procreative Man*. New York, University Press.

Montesinos. R. (1996), “La masculinidad en ciernes: resistencias y conflictos en la construcción social de una presencia urgente”, en Montesinos, R. (coord.), *Masculinidades emergentes*, México, Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa/Miguel Ángel Porrúa, pp. 13-48.

Ministerio de Salud y Protección Social MPS. (2010). Decreto 2968 DE 2010. “*Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos*”. Bogotá, D.C.

MPS. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. (2003) Printex Impresores Ltda., Bogotá, D.C.

MPS-UNFPA. *Fortalecimiento de grupos, organizaciones sociales y redes para la movilización social por los derechos sexuales y reproductivos. Experiencias con grupos de adolescentes y jóvenes en Bucaramanga y redes de mujeres en Meta*. 2011-2015. Bogotá, D.C.

MPS. (2010). *Situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia*. Informe.

MPS-UNFPA. (2010). *Modelo de Atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*. Legis, S.A., Bogotá, D.C.

Mendes, R. y Fernandez, J. C. A. (2004). *Práticas intersetoriais para a qualidade de vida na cidade*. São Paulo, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis.

Molerio, O. y otros. (2007). “Aprendizaje y desarrollo humano”. *Revista Iberoamericana de Educación* 44, 3-25, U.C. de Las Villas-Cuba. 2007.

Núñez, J. y Cuesta, L. (2006). *Efectos de algunos factores demográficos sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia*.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes: oportunidades, enfoques y opciones*. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo*. Ginebra-Suiza.

Peters, G. (1998a). "Managing Horizontal Government: The Politics of Coordination". *Research paper 21*. Canadá: CCMD.

Poggiessse, H. (2000). "Prácticas de gestión asociada, contrato social y nuevos actores colectivos". Boletín Redes PPGA (Planificación participativa y gestión asociada), Rosario-Argentina.

Polanco, M. (2011). *Hacia la construcción de un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en los ámbitos regional y local*. Legis. Bogotá D.C.

PRODENI – Corporación chilena pro derechos de los niños y los jóvenes. (2006). *Género y adolescentes infractores de ley*. Informe final. Santiago-Chile.

PROFAMILIA. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá, D.C.

PROFAMILIA. (2012). *Guía temática en salud Sexual y reproductiva para periodistas y comunicadores*. Bogotá, D.C.

Rodríguez, C.L. y Hernández, J., MPS-UNFPA. (2010). *Fortalecimiento de la intersectorialidad para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos*. Antecedentes, gestión y creación de la Comisión Nacional Intersectorial en Colombia. Bogotá, D.C.

Roth, A. (2009). *La coordinación intersectorial en la implementación de la política de salud sexual y reproductiva en Colombia: análisis de casos en los departamentos y capitales del Eje Cafetero*. Pública, Salvador de Bahía, Brasil.

Rufián, L. D. M. y Palma E. (1990), *La descentralización: problema contemporáneo en América Latina*; borrador para comentarios, Santiago, ILPES.

Sen, Amartya. (2000). *Desarrollo y libertad*. Planeta, Buenos Aires.

Tarlov, A. (1996). "Social determinants of health: the sociobiological translation". En Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R. *Health and social organization*. Londres: Routledge, pp. 71-93.

UNESCO.(2004) "*Coordinación intersectorial de políticas y programas de la primera infancia: Experiencia en América Latina*" – OREALC/UNESCO Santiago de Chile.

UNFPA. (2005) *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York.

UNICEF. *Proponer y Dialogar 2. Temas jóvenes para la reflexión y el debate*. Buenos Aires-Argentina.

Vargas, E. y Barrera, F. (2002). "El papel de las relaciones padres-hijos y de la competencia psicosocial en la actividad sexual de los adolescentes". *Documentos CESO 32*. Bogotá, D.C.

Wartski, C. (2007). "*Análisis del proceso de implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) dirigida a la población adolescente en los departamentos del Eje Cafetero*". Colciencias, Bogotá, D.C., 237 p.

Zilvei, M., Orchard, M. y von Boories, R. (2012) "*Desarrollo humano y agencia: la centralidad del proyecto de vida*". Revista Humanum. Recuperado de: <http://www.revistahumanum.org/revista/desarrollo-humano-y-agencia-la-centralidad-del-proyecto-de-vida> Parte de los resultados del Informe sobre Desarrollo Humano en Chile 2012, Bienestar Subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**